INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS
DU GHT DE LA NIEVRE
15, rue du Donjon – 58000 NEVERS
03 86 71 84 20—Fax : 03 86 71 84 29 - chan.ifsi.sec@ght58.fr
www.*ifsi-nevers.fr*

Nom de naissance: _____ Prénom : _____
Promotion 2022-2023

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2022-2023

DOSSIER D'INSCRIPTION

Formation Aide-Soignante

Rentrée fixée le

LUNDI 29 AOUT 2022 A 8H30

A T T E N T I O N

Toutes les pièces demandées dans ce dossier devront parvenir au secrétariat de l'IFAS de NEVERS

À défaut de réception de tous les documents demandés dans les délais requis, vous serez considéré(e) comme ayant renoncé à votre place, qui sera alors attribuée à un(e) autre candidat(e).

*(Envoi par voie postale ou dépôt dans la boîte aux lettres de l'IFAS de **NEVERS**)*

Dossier à rendre au plus tard le **LUNDI 16 AOUT 2022.**

SOMMAIRE

- *Présentation de la formation et frais liés à celle-ci* — *page 1*
- *Aides financières, couverture sociale et assurance* — *page 2*
- *Hébergement et restauration* — *page 3*
- *Dispositions matérielles et informations complémentaires* — *page 4*
- *Équivalences de compétences et allègements de formation* — *page 5*
- *Dossier administratif avec fiche récapitulative des pièces à fournir* — *pages 6 à 11*
- *Dossier médical avec fiche récapitulative des pièces à fournir* — *pages 12 à 15*

PRESENTATION DE LA FORMATION

Définition du métier (arrêté du 10 juin 2021—annexe I— modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant) :

« L'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci, conformément aux articles R. 4311-3 à R. 4311-5 du code de la santé publique.

Dans ce cadre, l'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie.

Travaillant le plus souvent dans une équipe pluri professionnelle, en milieu hospitalier ou extrahospitalier, l'aide-soignant participe, dans la mesure de ses compétences et dans le cadre de sa formation aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Ces soins ont pour objet de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et de sa dignité. »

FRAIS DE FORMATION

- **LES DROITS D'INSCRIPTION**

Les droit d'inscription s'élèvent à 184€.

⇒ Les élèves qui obtiendront une bourse dans le cadre de leurs études en seront exonérés. Pour les **élèves en attente de commission**, le chèque ne sera pas encaissé avant celle-ci. Si vous êtes boursier, votre chèque vous sera restitué en échange de votre notification de bourse sinon il sera encaissé.

L'inscription définitive est soumise au règlement de ces frais d'inscription. En cas de désistement, la somme encaissée reste acquise par l'Institut.

AIDES FINANCIERES

Les possibilités d'aides financières sont les suivantes :

⇒ Bourses

Les bourses sont attribuées par le Conseil Régional de Bourgogne Franche Comté. La saisie des demandes de bourses devra se faire avant le 31 octobre 2022 sur le site :

www.bourgognefranchecomte.fr/demande-de-bourse-sanitaire-et-sociale

⇒ Pôle emploi

Les élèves demandeurs d'emploi doivent s'inscrire à Pole Emploi dès que possible afin de planifier leur premier rendez-vous avec un conseiller. Pour prétendre au financement de la formation, il ne faut pas être démissionnaire d'un CDI durant les 4 mois qui précèdent votre entrée en formation.

⇒ Aides accordées par certains organismes aux personnes justifiant d'une expérience professionnelle

⇒ Mission locale

ASSURANCE RISQUES PROFESSIONNELS ET RESPONSABILITE CIVILE

Les nouveaux élèves restent rattachés à leur organisme de couverture sociale.

Sont couverts par la Sécurité Sociale :

- Les accidents survenus en atelier ou laboratoire.
- Les accidents survenus en stage ainsi que durant le trajet pour se rendre en stage.
- Les maladies professionnelles et les risques de tuberculose.

L'adhésion à une mutuelle individuelle est facultative mais recommandée.

Sont couverts par une société d'assurances souscrite par le Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers :

- Les accidents survenus durant le trajet du domicile à l'institut.
- Les accidents survenus en salle de cours.

La Police d'Assurance Générale « Responsabilité Civile » du Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers, établissement support de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, inclut les dommages que pourraient causer à des tiers les élèves lors des stages pratiques.

Néanmoins, les élèves doivent souscrire une assurance personnelle :

« Responsabilité Civile Individuelle » couvrant l'année de formation, à renouveler tous les ans auprès de son assureur.

HÉBERGEMENT ET RESTAURATION

- **HÉBERGEMENT**

Les IFAS ne possèdent pas d'internat, voici quelques pistes pour trouver un logement :

⇒ Vous trouverez des offres de logement en ligne , sur notre site internet
www.ifsi-nevers.fr-vivre-a-nevers/vies-etudiante/

⇒ Résidences étudiantes sur :

suitétudes.com : **https://www.suitetudes.com/fr/logement-etudiant/nevers/34/nevers/**
résidencesétudiantes.fr : **https://www.residenceetudiante.fr/crous-nevers.html**

⇒ Résidence Habitat Jeunes "Les Loges"	03 86 93 03 80
⇒ Gîte étudiants Espace Sainte Bernadette	03 86 71 79 50
⇒ Office de tourisme	03 86 68 46 00
⇒ CCAS de Nevers	03 86 71 80 00

- **RESTAURATION**

Les IFAS de Decize et Nevers ne possèdent pas de restauration collective.
Sur le site de l'IFAS de Cosne, les élèves ont la possibilité de déjeuner au self de l'hôpital.

INFORMATIONS PRATIQUES

- **DISPOSITIONS MATÉRIELLES**

⇒ Un ordinateur personnel ou une tablette, et une connexion à distance afin de pouvoir accéder à la plateforme pédagogique des instituts et aux enseignements en visioconférence sont indispensables **(possibilité de cours et d'évaluations à distance)**

⇒ Les stages organisés et planifiés par l'IFAS, s'effectuent sur l'ensemble du département, chauqe élève doit donc être en mesure de se rendre sur l'ensemble des structures d'accueil. L'utilisation d'un véhicule personnel, implique de vérifier auprès de son assureur d'avoir souscrit la garantie nécessaire.

- **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

Pièce d'identité :
En 2014, la durée de la validité de la pièce d'identité est passée de 10 à 15 ans. La carte d'identité est prolongée automatiquement et reste valable 5 ans ***si la personne était majeur au moment de sa délivrance et que la carte d'identité était encore valide le 1er janvier 2014****.*

Vaccinations :
En cas d'absence de vaccination pour l'hépatite B, il est possible de faire pratiquer **la vaccination accélérée** (J0 – J7 – J21). Si les vaccinations ne sont pas à jour ou qu'aucune preuve d'immunisation contre l'hépatite B n'est fournie comme demandé dans ce dossier, votre départ en stage sera différé.

Je soussigné(e) _____ atteste avoir pris connaissance des informations mentionnées dans ce dossier et en accepte les modalités.

Fait à : _____ le :_____

Signature :

ÉQUIVALENCES DE COMPÉTENCES ET ALLÈGEMENTS DE FORMATION

Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux - Titre 1 - chapitre 3 - Art. 14 :

« *Sous réserve d'être admis à suivre la formation dan s les conditions fixées par l'arrêté du 7 avril 2020 modifié susvisé, des équivalences de compétences, de blocs de compétences ou des allègements partiels ou complets de certains modules de formation sont accordés aux élèves titulaires des titres ou diplômes suivants :*

- ⇒ Le diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture
- ⇒ Le diplôme d'assistant de régulation médicale
- ⇒ Le diplôme d'État d'ambulancier
- ⇒ Le baccalauréat professionnel Service aux personnes et aux territoires (SAPAT)
- ⇒ Le baccalauréat professionnel Accompagnement, soins et services à la personne (ASSP)
- ⇒ Les diplômes ou certificats mentionnés aux articles D.451-88 et D.451-92 du code de l'action sociale et des familles
- ⇒ Le titre professionnel d'assistant de vie aux familles
- ⇒ Le titre professionnel d'agent de service médico-social

Les personnes susmentionnées bénéficient des mesure d'équivalences et ou d'allégement de suivi ou de validation de certains blocs de compétences selon les modalités fixées à l'annexe VII du présent arrêté.

Art. 15

Les agents de services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service mentionnés au 2° de l'article 11 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié susvisé sont dispensés de la réalisation d'une période de stage de cinq semaines mentionnée à l'article 3 du présent arrêté. »

DOSSIER ADMINISTRATIF

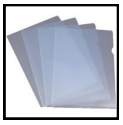
DOSSIER ACCOMPAGNÉ DES PIÈCES SUIVANTES A RETOURNER DANS SON INTÉGRALITÉ AU PLUS TARD LE MARDI 16 AOUT 2022

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCEPTÉ ET ENTRAINERA L'INVALIDITÉ DE L'INSCRIPTION

⇒ **Merci de bien prendre connaissance des documents page 1 à 5, ils contiennent toutes les informations nécessaires à la complétude de votre dossier. Ces informations pourront également répondre à un grand nombre d'interrogations.**

Vous devrez rendre, dûment complétés, toutes les pièces et documents demandés, soit :

DOSSIER ADMINISTRATIF

- ☐ Fiche de renseignements complétée (pages 7 et 8)
- ☐ Autorisations de reportage complétée et signée (page 9)
- ☐ Document spécifique pour les mineurs le cas échéant (page 10)
- ☐ 4 photos d'identité (format standard), elles doivent impérativement être découpées, nom de naissance et prénom inscrits lisiblement au dos de chacune des photos (stylo bille)
- ☐ 4 pochettes plastiques transparentes avec un angle ouvert format A4 ⇨ 
- ☐ Certificat de scolarité (2021/2022) le cas échéant
- ☐ Copie du livret de famille pour les élèves ayant un ou des enfant(s) à charge
- ☐ Copie des diplômes obtenus (pour les bacheliers de 2022, relevé de notes - ***copie du diplôme à fournir impérativement dès réception)***
- ☐ Copie de la pièce d'identité, recto/verso, en cours de validité (hors permis de conduire), sur une feuille au format A4 (pas de découpage/collage s'il vous plaît)
- ☐ Copie de votre attestation responsabilité civile personnelle, à renouveler tous les ans
- ☐ Copie du diplôme d'AFGSU Niveau 2 (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) datant de moins de 4 ans, si vous en êtes titulaire
- ☐ Attestation d'inscription à Pôle Emploi le cas échéant
- ☐ Notification de refus ou d'ouverture de droit à Pôle Emploi le cas échéant
- ☐ Photocopie RIB
- ☐ Photocopie de l'attestation de droits, justifiant de l'affiliation à l'Assurance Maladie

Pour information, la pièce d'identité devra être valide au moment de la présentation au Diplôme d'État

DOCUMENT RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION, MERCI DE LE RETOURNER AVEC LE DOSSIER

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Madame ☐ *Monsieur* ☐ *Nom de naissance:* _____

Nom d'usage : _____ *Prénom :* _____

Né(e) le : __ __ / __ __ / __ __ __ __ *à* _____ *Département :* _____

Nationalité : _____ *Validité Carte Nationale d'Identité :* __ __ / __ __ / __ __ __ __

N° de Sécurité Sociale : ___ / ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___ / ___ ___ ___ / ___ ___

Situation de handicap : *Oui* ☐ *Non* ☐ **si oui, fournir un justificatif MDPH**

Aménagement d'épreuve : *Oui* ☐ *Non* ☐ *Précisez* _____

Situation familiale : _____ *Enfant(s) à charge :* *Oui* ☐ *Non* ☐

Adresse durant votre formation :

_____

Code Postal : _____ *Ville :* _____

Portable : _____/_____/_____/_____/_____ *Fixe :* _____/_____/_____/_____/_____

Email : _____*.ifas58@gmail.com*

⇒ *Un compte va être créé à votre nom à réception de votre dossier, il est impératif de créer une adresse mail sous ce format* : **nomdenaissance.prenom.ifas58@gmail.com**

N'oubliez pas d'activer cette nouvelle adresse mail au plus tard le jour de l'envoi de votre dossier

Permis de conduire : *Oui* ☐ *Non* ☐ *En cours* ☐

Moyen de locomotion : Oui ☐ *Non* ☐ *Modèle véhicule :* _____

Immatriculation : _____ *Chevaux fiscaux :* _____

Si vous êtes mineur, nom, prénom, adresse et numéro de téléphone d'un responsable légal, lien à préciser (père / mère / autre) :

_____

_____

_____

Toute modification de coordonnées en cours de formation doit être impérativement signalée au secrétariat.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : **Prénom:** **Date de naissance :**

Nom et Prénom Personne 1 : _____

Lien (père / mère / conjoint / autre à préciser) : _____

Adresse : _____

_____

Code Postal : _____ Ville : _____

Portable : _____/_____/_____/_____/_____ Fixe : _____/_____/_____/_____/_____

Nom et Prénom Personne 2 : _____

Lien (père / mère / conjoint / autre à préciser) : _____

Adresse : _____

_____

Code Postal : _____ Ville : _____

Portable : _____/_____/_____/_____/_____ Fixe : _____/_____/_____/_____/_____

AUTORISATION DE REPORTAGE
et d'utilisation de l'image des élèves de l'IFAS

Je soussigné(e),

Nom : _____ Prénom : _____

Accepte la prise et la publication de photos, sons et vidéos, sur tous supports papier ou numérique, connus ou inconnus, de communication du CHAN et de l'IFAS (outils de formation, de communication interne ou grand public, ou sur un évènement à l'IFAS et de tout autre besoin de communication institutionnelle du CHAN pour une durée d'utilisation de 5 ans à compter de ce jour.

Date : _____

L'intéressé(e) ou son représentant légal

(Signature complétée de la mention « Lu et approuvé »)

A REMPLIR UNIQUEMENT POUR LES MINEURS LE JOUR DE LA RENTRÉE

Document valable jusqu'à la majorité de l'élève

NOM : **PRENOM :** **DATE DE NAISSANCE :**

Madame, Monsieur,

Vous allez vous inscrire dans notre Institut de Formation et vous serez mineur(e) le jour de la rentrée scolaire.

Vous devez pour le jour des inscriptions être muni(e) :

☐ D'une autorisation de vos parents ou de votre tuteur légal autorisant la Direction de l'IFAS à déclencher votre prise en charge médicale immédiate :
- ☐ En cas d'accident du travail
- ☐ En cas d'urgence

☐ D'une attestation de vos parents ou de votre tuteur légal attestant que vous serez autonome pour effectuer vos stages sur l'ensemble de la Région dont les horaires de début et de fin de journée de stage peuvent être très variables et qui peuvent se dérouler sur les 7 jours de la semaine.

☐ D'une prise en charge par l'assurance responsabilité civile vous couvrant pour dommages aux tiers et à leur environnement. Cette assurance complète l'assurance souscrite par l'IFSI pour votre couverture durant les stages et doit vous couvrir notamment dans le cas où vous seriez à l'origine d'un dommage survenant sur des effets personnels ou au domicile des personnes que vous aurez à prendre en charge.

Ces autorisations doivent comporter l'identité complète de vos parents ou de votre tuteur légal, leur adresse précise et leur téléphone afin de faciliter les contacts que nous pourrions avoir à établir en urgence.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Nom : **Prénom:**

TITRE D'INSCRIPTION

☐

DIPLÔMES OBTENUS *(joindre obligatoirement une copie du/des diplômes obtenus)*	**ANNÉE D'OBTENTION**

STATUT LE JOUR DE VOTRE ENTREE EN FORMATION

☐ *Poursuite de scolarité suite à l'année scolaire/Universitaire 2021 -2022*

☐ *Demandeur d'emploi*

- *Date d'inscription au Pôle Emploi* _____
- *N° identifiant Pôle Emploi* _____
- *Percevrez-vous une indemnisation :* ☐ *Oui* ☐ *Non*

Si oui, percevez-vous : ☐ *ARE* ☐ *ASS* ☐ *RSA*

☐ *Salarié en activité :* ☐ *CDI* ☐ *CDD* ☐ *INTÉRIM*

☐ *Autre* _____ *:*

⇒ **DEMANDE DE BOURSE** ☐ ***Oui*** ☐ ***Non***

FORMATION PRISE EN CHARGE PAR

☐ *La Région (demandeurs d'emploi, étudiants)*

☐ *Un Employeur*

- *Nom* _____
- *Adresse*_____
  _____
- *Téléphone* _____
- *Personne de contact au RH* _____
- *Adresse mail RH, service formation :* _____ @_____

☐ *Financement personnel (règlement(s) par chèque)*

LE SIGNATAIRE ATTESTE LA SINCERITE DE TOUS LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR LE PRESENT DOCUMENT ET S'ENGAGE A NOUS INFORMER DE TOUT CHANGEMENT.

Fait à : _____ le :_____

Signature :

DOSSIER MÉDICAL

à faire compléter et signer par un médecin agréé ARS

Pages 12 à 15

Autres documents à fournir pour votre inscription :

Le dossier médical complet doit être apporté dans une enveloppe non fermée indiquant :

DOSSIER MÉDICAL DE : NOM Prénom - date de naissance - adresse - téléphone

L'admission définitive à l'IFAS est subordonnée à la réception, au plus tard le 29/08/2022, du dossier médical complet, comprenant :

☐ Certificat médical d'aptitude (page 18) à faire remplir par un médecin agréé.

Le médecin peut également fournir son propre support, néanmoins, **la notion de « médecin agréé » et le tampon du praticien sont obligatoires**. Sans ces deux notions, le certificat sera refusé.

Pour trouver la liste des médecins agréés, merci de vous rendre sur le site de l'ARS de votre Département ou sur le lien suivant pour la Nièvre :

https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2019-12/58_Liste-medecins-agrees_06.12.2019.pdf

☐ Attestation médicale de vaccination (page 14)

- diphtérie
- tétanos
- poliomyélite
- hépatite B
- COVID 19

☐ Fiche de santé (page 15)

Preuve d'immunisation contre l'hépatite B :

Attention, nous avons besoin des résultats sérologiques :

- **Résultat anti HBS OBLIGATOIRE**
- **Résultat anti HBC OBLIGATOIRE**

☐ Copie du carnet de santé (pages vaccinations) et du pass sanitaire

Attention processus de vaccination très long,

dépôt de la preuve d'immunisation au plus tard le jour de la rentrée

DOCUMENT RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION, MERCI DE LE RETOURNER AVEC LE DOSSIER

INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS DE NEVERS
15, rue du Donjon – 58000 NEVERS
03 86 71 84 20 - Fax : 03 86 71 84 29 chan.ifsi.sec@ght58.fr
www.***ifsi-nevers.fr***

RÉGION BOURGOGNE FRANCHE COMTÉ

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE

Je, soussigné(e) Docteur _____

médecin agréé ARS du département de _____

atteste que _____

ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e).

Fait à : _____ le :_____

Signature :

ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATION

Article 44 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux : « L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1er du présent arrêté est subordonnée :

- *à la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession ;*
- *à la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.*

Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la Santé Publique. »

Je soussigné(e), _____ Docteur en médecine, certifie que (nom de naissance, nom d'usage, prénom) _____

_____ né(e) le : _____/_____/_____

Est **immunisé(e) contre :** ☐ **DIPHTERIE – TETANOS – POLIOMYELITE**

	Injections	Spécialité	N° de lot	Dose	Date injection
Diphtérie Tétanos Poliomyélite	1re				
	2è				
	3è				
	Rappel				
	Rappel				
	Rappel				
	Rappel				

Immunisé(e) contre : ☐ **HEPATITE**

	Injections	Spécialité	N° de lot	Dose	Date injection
Hépatite B	1ère				
	2ème				
	3ème				
	4ème				
	5ème				
	6ème				

En cas d'absence de vaccination, faire pratiquer la vaccination accélérée (J0 – J7 – J21)

Rappel : En cas de vaccination non à jour ou d'absence de preuve d'immunisation, le départ en stage de l'étudiant sera différé.

⇨ **Dosage anticorps anti-HBs :**
Date : _____ Résultat : _____ UI/L

⇨ **Dosage anticorps anti-HBc :**
Date : _____ Résultat : _____ UI/L

MERCI DE BIEN RENSEIGNER LES DEUX DOSAGES CI-CONTRE

Non répondeur à la vaccination

oui ☐ non ☐

Fait à : _____ le :_____

Signature :

FICHE DE SANTÉ

NOM de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____ Sexe : ☐ F ☐ H

Date de naissance : ____/____/_____ Nationalité : _____

Code postal : _____ Ville de naissance : _____

Situation familiale : _____

JE DÉCLARE NE DISSIMULER AUCUN FAIT DE MALADIE

Antécédents :

♦ **Familiaux :**

_____

_____

♦ **Personnels :**

_____

_____

♦ **Maladies infantiles :** ☐ **rubéole** ☐ **oreillons** ☐ **autres :** _____

Problème vertébral :

☐ scoliose ☐ rééducation ☐ autres : _____

Problème veineux :

☐ varices

Accidents, si oui lesquels : _____

_____

Fait à : _____ le :_____

Signature :